

LETÍCIA MENDES TRINDADE

**TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS NA GESTAÇÃO:
UMA REVISAO NARRATIVA**

**CAMPOS GERAIS / MG
2011**

LETÍCIA MENDES TRINDADE

**TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS NA GESTAÇÃO:
UMA REVISÃO NARRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Kleyde Ventura de Souza

**CAMPOS GERAIS / MG
2011**

LETÍCIA MENDES TRINDADE

**TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS NA GESTAÇÃO:
UMA REVISÃO NARRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Kleyde Ventura de Souza

Banca Examinadora

Professora Kleyde Ventura de Souza

UFMG

Professora Maria José Cabral Grillo

UFMG

Aprovada em Belo Horizonte ___/___/___

Primeiramente, a Deus, pois sem Ele nada seria possível. Aos meus pais, pelo esforço, dedicação e compreensão oferecidos em todo o momento de minha vida e principalmente neste. Ao meu Esposo, Adalberto, pelo companheirismo, apoio e incentivo oferecido antes, durante e, seguramente por toda minha trajetória de vida, e trajetória profissional. Ao meu Filho, Ariel, eterna luz e força na minha vida!

AGRADECIMENTOS

Na realização deste trabalho de conclusão de curso pude contar com várias pessoas, às quais prestarei os mais sinceros agradecimentos:

Á professora, Kleyde, minha orientadora, agradeço pelas valiosas contribuições para realização deste estudo. Obrigada pela compreensão, paciência e boa vontade para conclusão do trabalho.

Á tutora Érika, pela disponibilidade, carinho e atenção. Obrigada pelo acompanhamento nesta jornada.

Aos meus colegas de curso, pelo apoio, carinho e momentos alegres oferecidos durante todo o curso.

A toda equipe de Saúde da Família, do município de Cordislândia/MG, pela atenção e contribuição em minha formação profissional.

A todos que contribuíram direta e indiretamente na realização deste trabalho.

Por fim, meu mais sincero agradecimento a banca examinadora que muito contribuiu para o desenvolvimento e conclusão deste trabalho.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível”.

Charles Chaplin

RESUMO

INTRODUÇÃO: A mortalidade materna no Brasil se deve em grande parte a pré-eclâmpsia/eclampsia, primeira causa de óbitos entre gestantes. O clínico, o obstetra e os profissionais de enfermagem desempenham papel fundamental no pré-natal, uma vez que o mesmo consiste em um acompanhamento dado à gestante para diagnosticar doenças e alterações que possam comprometer a saúde materna e fetal; durante o mesmo é possível identificar problemas como a doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), que é o assunto abordado neste trabalho. **OBJETIVO:** O presente estudo tem o propósito de discutir a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez, os seus sintomas e as abordagens terapêuticas mais adequadas. **MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão narrativa Para a seleção do material utilizou-se as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e livros da área específica. O conteúdo originado da seleção do material é apresentado em seções definidas, trazendo maiores esclarecimentos sobre o assunto em questão. Após leitura, foram descartados os artigos repetidos nas bases consultadas e os que não se relacionavam à temática do estudo. **RESULTADOS:** Identificou-se um grande número de produções que tratam do tema deste estudo, contribuindo assim para a necessária atualização dos profissionais de saúde que atuam no pré-natal, em atividades individuais e/ou de grupo, no sentido de atuar identificando o mais precocemente possível os transtornos hipertensivos na gestação, bem como no seu acompanhamento e tratamento. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Por meio desse estudo foi possível conhecer mais sobre a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez e perceber que a enfermagem pode contribuir de modo significativo promovendo uma assistência integral e humanizada a gestante desde o pré-natal até o puerpério. Priorizando as ações que caracterizam a atenção primária a saúde – promoção da saúde e prevenção da doença, como a educação em saúde. A efetiva integração com a equipe de trabalho e com profissionais de referência, pode minimizar os aspectos negativos que são encontrados no cotidiano dos serviços.

Descritores: Mortalidade materna, hipertensão induzida pela gravidez, pré-eclâmpsia e eclâmpsia.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Maternal mortality in Brazil is due largely to Pre-eclampsia/eclampsia, the first cause of death among pregnant women. The clinician, the obstetrician and nurses play a key role in prenatal care, since it consists in a follow-up given to the pregnant woman to diagnose diseases and conditions that might compromise the maternal and fetal health, during the same can be identified problems such as hypertensive disorders of pregnancy (HDP), which is the topic addressed in this work. **OBJECTIVE:** This study aims to discuss the hypertensive disorders of pregnancy, its symptoms and the most appropriate therapeutic approaches. **METHODS:** This is a narrative review to the selection of the material we used the databases of the Virtual Health Library (VHL) and books of the area. The content originated from the selection of the material is presented in defined sections, bringing further information on the subject. After reading, repeated items were discarded in the following databases and those that did not relate to the theme of the study **RESULTS:** We identified a large number of productions that deal with the subject of this study, thus contributing to the necessary upgrade of health professionals who work in prenatal care in individual activities and / or group, to act as soon as possible identifying hypertensive disorders in pregnancy, as well as its monitoring and treatment. **CONCLUSIONS:** Through this study it was possible to know more about the hypertensive disorders of pregnancy and realize that nursing can contribute significantly to promote a humane and comprehensive care to pregnant women from prenatal care until the postpartum period. Prioritizing actions that characterize the primary health care - health promotion and disease prevention, such as health education. The effective integration into the workforce and professional reference, you can minimize the negative aspects that are found in everyday services.

Keywords: Maternal mortality, pregnancy-induced hypertension, pre-eclampsia and Eclampsia.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.2 JUSTIFICATIVA	11
2 OBJETIVO	13
3 MATERIAL E MÉTODO	14
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	15
4.1 A HIPERTENSÃO ARTERIAL COMO VILÃ.....	15
4.2 DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ (DHEG)	18
4.3 ABORDAGEM DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MATERNO-INFANTIL....	20
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS	24
ANEXO	
A - Procedimento de medida da pressão arterial	26

1. INTRODUÇÃO

A redução das mortes maternas é um dos grandes desafios para países em desenvolvimento, como o Brasil. Trata-se de um fenômeno compreendido como a ponta de um iceberg por retratar situações de desigualdade e injustiça social. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) cerca de 500.000 mulheres morrem anualmente no mundo por complicações relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério. Dessas mortes, 95% ocorrem em países não desenvolvidos. Na América Latina e no Brasil trata-se de um grave problema social e de saúde (BRASIL, 2002).

Vários esforços têm sido desenvolvidos, em âmbito internacional e nacional, no concerne à diminuição dessas mortes. Durante a Cúpula do Milênio, em 2000, os países membros da Organização das Nações Unidas (ONU), entre eles o Brasil, acordaram o cumprimento de um conjunto de objetivos, conhecidos como Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Um deles, o ODM número 5 refere-se à melhoria da saúde materna e a meta para o seu alcance é reduzir a mortalidade materna em 75% entre 1990 a 2015 (LAURENTI; JORGE E GOTLIEB, 2004).

Na América Latina e Caribe a principal causa de óbitos maternos foi à hipertensão. O mesmo acontece em vários estados e municípios do Brasil. Nas capitais brasileiras, por exemplo, os transtornos hipertensivos estão na liderança nas causas deste tipo de morte, representando cerca de 25% dos óbitos maternos investigados (LAURENTI; JORGE E GOTLIEB, 2004).

Como estratégias para a reversão do quadro desse tipo de morte em nosso país, os autores apontam para a importância de um adequado sistema de registro de nascimento e óbitos, a implantação e implementação de comitês de mortalidade materna, o planejamento familiar, o uso de evidências científicas e tecnologias apropriadas, pessoal capacitado na assistência ao parto e durante a gestação.

Assim, a proposta desse estudo é abordar as ocorrências relativas aos transtornos hipertensivos da gestação, considerando que é preciso ampliar reflexões sobre o tema, tanto entre os profissionais da saúde quanto entre as gestantes, tendo em vista a importância de uma intervenção adequada nos casos de pré-eclâmpsia, ou seja, da doença hipertensiva específica da gestação (DHEG).

1.2 JUSTIFICATIVA

A gravidez normal se caracteriza por intensa redução da resistência vascular periférica, tanto que, a despeito do aumento simultâneo no débito cardíaco, a pressão arterial diminui. Esta diminuição na resistência vascular provavelmente se deva à relativa insensibilidade da mulher grávida a efeitos ou influências vasopressoras. O estado de hipotensão relativa, detectável já no final do primeiro trimestre, se acentua até a metade da gravidez, quando se inicia o retorno progressivo a níveis pressóricos pré-gestacionais. Por isso, elevações, mesmo discretas, da pressão arterial durante a gestação devem ser seriamente valorizadas, confirmadas e acompanhadas (ZIEGEL; CRANLEY, 1985).

Acredita-se que o clínico, o obstetra e os profissionais de enfermagem, juntos, devem cuidar não só do tratamento das mulheres grávidas com hipertensão bem como, também, desenvolver um projeto de aconselhamento e prevenção sobre a mesma. A frequência das consultas pré-natais e a intensidade da monitorização dependerão de cada paciente individualmente.

Assim, o tema abordado pelo estudo é de extrema importância, pois a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) é uma das principais causas de morte materna no Brasil e, por meio do acompanhamento do período pré-natal, pode-se evitar esse desfecho. As doenças hipertensivas afetam o desenvolvimento da gestação devido ao inadequado desenvolvimento intra-uterino do concepto. O aumento da pressão arterial em gestante é sinal de alerta para complicações de binômio materno-fetal, podendo colocar em risco a vida de ambos.

Com relação a minha prática no Programa de Saúde da Família (PSF) urbano de Cordislândia-MG, posso relatar que a maioria dos casos de pré-eclampsia que acompanhei culminou em óbito do feto pela falta de informação da gestante, o que pode ser considerado, indiretamente, como falha do profissional ou do serviço de saúde.

Muitas mortes seriam evitadas se o local de atendimento não fosse tão precário, se houvesse um Centro de tratamento do Pré-Natal de alto risco adequado, tivesse médico obstetra todos os dias, um hospital de referência e transporte adequado.

Pude observar que as gestantes acompanhadas com a DHEG apresentaram sentimentos de angústia, medo, ansiedade e desconfiança em relação a sua gestação, todos ocasionados por pré-eclampsia. Nessa situação, considero que a enfermagem pode prestar uma assistência fundamental em todo decorrer da gravidez e, para tanto, deve buscar

conhecimento para abordar a ocorrência de DHEG da melhor forma possível, nas atuais condições de trabalho e atenção à saúde das gestantes usuárias.

2. OBJETIVO

Discutir a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez, os seus sintomas e as abordagens terapêuticas mais adequadas.

3. MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa que possibilitou a discussão do tema Doença Hipertensiva Específica da Gravidez. Esta revisão foi baseada nas orientações de alguns teóricos destacados ao longo do estudo, tratando do desenvolvimento de um tema, descrito e discutido de forma ampla, tendo em vista a magnitude desses transtornos, bem como suas conseqüências adversas a saúde materna, fetal e neonatal.

Para a seleção do material utilizou-se as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e livros da área específica. O conteúdo originado da seleção do material é apresentado em seções definidas, trazendo maiores esclarecimentos sobre o assunto em questão. Após leitura, foram descartados os artigos repetidos nas bases consultadas e os que não se relacionavam à temática do estudo.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003) um problema da saúde pública mundial é a mortalidade materna, fato que constitui violação dos direitos humanos, já que pode ser evitada em 90% dos casos. Laurenti, Jorge e Gotlieb (2004) mostram em seus estudos que, no Brasil, a hipertensão arterial na gravidez constitui a primeira causa de morte materna, sendo que 25% dos óbitos maternos investigados foram causadas por esta doença.

Um consenso sobre a maior receptividade das gestantes às estratégias de atenção à saúde reforça a participação efetiva da mulher no pré-natal. O pré-natal é um diferencial efetivo na promoção à saúde da mulher que possibilita a aquisição de novos conhecimentos, ampliando sua percepção corporal na gestação, no parto e na amamentação Oliveira (2001); Brasil, (2004). Ainda, considerando que os problemas de saúde na gestação podem constituir uma ameaça para a mulher e para o feto, o acompanhamento pré-natal permite detectar muitos dos fatores de risco para ambos (BURROGHS, 1995).

Segundo o mesmo autor, a doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) é o distúrbio hipertensivo mais comum na gestação e é classificada em pré-eclâmpsia e eclâmpsia.

4.1 A HIPERTENSÃO ARTERIAL COMO VILÃ

Em 2006 foi atualizada a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, elaborada sob a responsabilidade da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) e a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). Portanto, vamos usá-la como referência para alguns aspectos de importância para esse estudo.

A qualidade da atenção à saúde, em qualquer situação, passa por uma avaliação adequada da pressão arterial. Contudo, alguns estudos mostram que nem sempre a medida da pressão arterial é realizada da forma recomendada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2006).

Três aspectos são fundamentais para essa medida: preparo apropriado do paciente, utilização de técnica padronizada de medida da pressão arterial e equipamento calibrado. Em relação ao equipamento, o mais comum é o que possibilita a técnica auscultatória, com estetoscópio e um esfigmomanômetro, que pode ser de coluna de mercúrio, aneróide, ambos

calibrados. Cada vez mais têm sido utilizados aparelhos eletrônicos, que evitam erros relacionados ao observador e podem ser empregados quando validados de acordo com recomendações específicas, inclusive em estudos epidemiológicos. Todos os aparelhos devem ser testados e devidamente calibrados a cada seis meses (SBC; SBH; SBN, 2006). Ainda, os manguitos devem ser de tamanho adequado à circunferência do braço, respeitando a proporção largura/comprimento de 1:2. A largura da bolsa de borracha do manguito deve corresponder a 40% da circunferência do braço, e seu comprimento a, pelo menos, 80%, mas, a maioria dos fabricantes não siga essas orientações (SBC; SBH; SBN, 2006). Os cuidados em relação ao usuário e os procedimentos corretos de verificação da pressão arterial, conforme as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial podem ser analisadas no Anexo 1.

Na tabela 1 é possível observar o resultado da análise do valor da pressão arterial, de acordo com a classificação que consta nas V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, propostas pelas Sociedades já citadas (2006). No mesmo documento, faz-se uma camada para a necessidade de fazer o diagnóstico diferencial entre Hipertensão Arterial e Hipertensão Arterial Secundária, que é aquela que decorre de causa identificável, passível ou não de correção. Ao pensar em diagnóstico diferencial devem ser observadas as seguintes possibilidades: medida inadequada da pressão arterial; hipertensão do avental branco; tratamento inadequado; não-adesão ao tratamento; progressão da doença; presença de comorbidades; interação com medicamentos (SBC; SBH; SBN, 2006).

Tabela 1 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório, para maiores de 18 anos.

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio I	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia/V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006.

Caso as pressões sistólica e diastólica de uma pessoa fiquem em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial (SBC; SBH; SBN, 2006).

Segundo Smeltzer e Bare (2002) a hipertensão acompanha os fatores de risco para a cardiopatia aterosclerótica, como a dislipidemia (níveis lipídicos sanguíneos anormais) e os *diabetes melitus*. De acordo com as mesmas autoras a hipertensão pode ser vista como três entidades:

- um sinal: as enfermeiras ou outro profissional da saúde podem monitorizar o estado clínico do paciente;
- um fator de risco para doença cardiovascular aterosclerótica: a hipertensão contribui para a velocidade com que a placa aterosclerótica se acumula dentro das paredes vasculares;
- uma doença: a hipertensão é um importante contribuinte para a morte por doença cardíaca, renal e vascular periférica.

Para Smeltzer e Bare (2002) a hipertensão é uma condição multifatorial, tornando-se um sinal exatamente como a febre e apresenta muitas causas. Os principais fatores de riscos são: Idade; História familiar; Peso corporal excessivo; Estilo de vida sedentário; Ingesta de sódio (embora continue a atual controvérsia sobre a função do sal na hipertensão). Afirmam, ainda, que, para a ocorrência da hipertensão arterial deve haver um problema com os sistemas de controle que monitorizam ou regulam a pressão, além de uma ou mais alterações nos fatores de equação da pressão arterial.

Ainda de acordo com Smeltzer e Bare (2002), fisiopatologicamente a hipertensão arterial é o resultado de um aumento da atividade do sistema nervoso simpático; reabsorção renal de sódio, cloreto e água, atividade aumentada do sistema renina angiotensina, aldosterona, vasodilatação diminuída das arteríolas e resistência à ação da insulina.

4.2 DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ (DHEG)

Em relação à hipertensão na gravidez, identificada quando o nível da pressão arterial for maior ou igual a 140/90 mmHg, sendo a pressão diastólica identificada na fase V de Korotkoff, as V Diretrizes Brasileiras apontam duas formas de hipertensão que podem complicar a gravidez: hipertensão preexistente (crônica) e hipertensão induzida pela gravidez (pré-eclâmpsia/eclâmpsia). Podem ocorrer isoladamente ou de forma associada. A

Hipertensão arterial crônica é a hipertensão de qualquer causa, presente antes da gravidez ou diagnosticada até a vigésima semana da gestação (SBC; SBH; SBN, 2006). Pode ser diagnosticada em retrospecto, quando a pré-eclâmpsia ou a hipertensão gestacional não retorna aos níveis tensionais iniciais. Mulheres com hipertensão crônica têm risco elevado para a pré-eclâmpsia superimposta (CORDOVIL, 2003).

Pode-se compreender com Peixoto (1981), que a DHEG caracteriza-se por uma vasoconstrição generalizada, ou seja, todos os órgãos apresentam-se com uma resistência aumentada ao fluxo sanguíneo, inclusive a circulação útero-placentária. O autor afirma, também, que a resistência vascular cerebral permanece inalterada na gestante normal e que se encontra aumentada cerca de 50% nas gestantes com DHEG; esta alteração sugere falha no sistema de auto-regulação do fluxo sanguíneo cerebral, podendo determinar alterações da parede vascular e hemorragias locais.

A pré-eclâmpsia, seguida ou não da eclâmpsia, ocorre geralmente após 20 semanas de gestação e caracteriza-se pelo desenvolvimento gradual de hipertensão e proteinúria (SBC; SBH; SBN, 2006). Essa patologia pode ser suspeitada se aparecerem, além de elevação da pressão arterial, sintomas como cefaléia, dor abdominal ou ocorrer testes laboratoriais anormais, especificamente com queda do número de plaquetas ou anormalidades das enzimas hepáticas. O edema, em alguns casos, pode estar oculto e a proteinúria pode ser de aparecimento tardio (CORDOVIL, 2003).

Pode ocorrer uma Hipertensão gestacional que consiste na pressão elevada detectada pela primeira vez na segunda metade da gestação e se diferencia da pré-eclâmpsia pela ausência de proteinúria. Caso a proteinúria se desenvolva e a hipertensão regrida após a gravidez, o diagnóstico é modificado para pré-eclâmpsia; se a hipertensão persiste, a hipertensão crônica é diagnosticada. Na ausência de outros dados, o diagnóstico proposto é o de hipertensão transitória da gravidez (CORDOVIL, 2003).

Em mulheres com pré-eclâmpsia, a pressão sangüínea habitualmente retoma a valores normais entre dias a semanas após delivramento (expulsão da membrana e da placenta após o parto).

A Eclâmpsia se caracteriza pelo aparecimento de convulsões na mulher com pré-eclâmpsia. Pode ocorrer na metade da gestação ou no pós-parto. Com quadro mais grave do que a Eclâmpsia, a Síndrome de Hellp é uma das formas clínicas da pré-eclâmpsia grave. O termo Hellp é um acrônimo que em inglês significa hemólise (H) aumento de enzimas hepáticas (EL) e plaquetopenia (LP) (PERAÇOLI e PARPINELLI, 2005).

Para Peixoto (1981), a síndrome hipertensiva na gestação representa ainda causa de morbiletalidade materno-fetal durante o ciclo grávido-puerperal, especialmente nos países em desenvolvimento econômico, cultural e social. Ela engloba toda a hipertensão da gravidez e inclui a hipertensão essencial latente, a qual pode manifestar-se pela primeira vez durante a gestação.

Neme et al. (1974, apud, Peixoto 1981) relatam que dados encontrados na literatura apontam que a pré-eclâmpsia incide sobre 3,6 a 24,3% das gestações; a frequência da eclâmpsia é mais baixa, identificada como sendo em torno de 0,02% das gestações.

Para Carvalho (1990) a DHEG é uma das complicações mais comuns e mais graves da gestação. A mortalidade materna em diferentes regiões e em diferentes hospitais varia de 5 a 15% dos casos. O prognóstico para o feto ainda é mais grave chegando à cerca de 20% de mortalidade fetal.

Segundo Carvalho (1990), a DHEG é uma das complicações mais comuns e mais graves da gestação. A mortalidade materna em diferentes regiões e em diferentes hospitais varia de 5 a 15% dos casos. O prognóstico para o feto ainda é mais grave chegando à cerca de 20% de mortalidade fetal. Nota-se ainda que boa percentagem das mulheres, 50% das pré-eclâmplicas e 30% das anteriormente eclâmplicas tende a repetir o quadro nas gestações seguintes evidenciando a necessidade de um controle mais rigoroso e prolongado das gestantes que tenham sofrido essas doenças, pois elas podem ser evitadas através de um pré-natal bem assistido, do diagnóstico e tratamento precoce.

Discutindo as graves consequências da Pré-eclâmpsia para a gestante, KAHHALE e ZUGAIB (2001) apontam: deslocamento prematuro de placenta; acidente vascular cerebral; edema agudo de pulmão; insuficiência renal; agravamento do quadro clínico para pré-eclâmpsia grave, síndrome de HELLP e eclâmpsia. No caso de evolução para Eclampsia, as consequências são: convulsão; hemorragia cerebral; insuficiência renal; edema agudo de pulmão; Cegueira cortical; Psicose; Síndrome da angústia respiratória do adulto; coagulopatia intravascular disseminada (CIVD), Infarto e rotura hepáticos e infecção (KAHHALE & ZUGAIB, 2001).

No recém-nato, as complicações decorrem do retardo de crescimento intra-uterino e da prematuridade.

4.3 ABORDAGEM DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Não existem formas efetivas de prevenção primária da doença. Contudo, a pré-eclâmpsia devidamente tratada é quase sempre controlada de forma a não progredir até a convulsão, por meio de repouso, da restrição calórica, da restrição do sal. Rezende (1997) relata que o tratamento precoce permite que o processo toxêmico, cedo diagnosticado e prudentemente tratado, não evolua para a eclâmpsia convulsiva, de prognóstico sombrio. Na mesma lógica, Peixoto (1981, p. 552), afirma que “as medidas terapêuticas visam fundamentalmente evitar formas graves na doença hipertensiva específica da gestação – DHEG, fazer a profilaxia da eclâmpsia e garantir a sobrevivência fetal”.

O principal objetivo do tratamento da hipertensão é evitar a morte e as complicações ao alcançar e manter a pressão arterial em 140/90mmHg ou até menos. Para diabetes melitus ou com proteinúria superior a 1g/24h, o ideal é o controle regular da doença (SMELTZER; BARE, 2002).

A recomendação é de que as mulheres com pressão arterial superior a 159/99 mmHg recebam tratamento medicamentoso; as gestantes com pressão arterial inferior a 159/99 mmHg e/ou portadoras de obesidade, diabetes melitus, gravidez gemelar, nulíparas, idade superior a 40 anos e antecedentes pessoais ou familiares de pré-eclâmpsia merecem avaliação periódica em razão da possibilidade de rápida elevação da pressão ou surgimento de proteinúria; ainda, podem receber tratamento medicamentoso com valores mais baixos, entre 120/80 e 159/99 mmHg, visando à proteção materno-fetal (SBC; SBH; SBN, 2006). Importante frisar que os inibidores da ECA e os bloqueadores do receptor AT1 são contraindicados durante a gravidez (SBC; SBH; SBN, 2006).

A interrupção da gestação é o tratamento definitivo na pré-eclâmpsia e deve ser considerado em todos os casos com maturidade pulmonar fetal assegurada. Se não houver maturidade pulmonar fetal pode-se tentar prolongar a gravidez, mas a interrupção deve ser indicada se houver deterioração materna ou fetal (SBC; SBH; SBN, 2006; REZENDE, 1987).

A hipertensão arterial grave é frequentemente tratada com hidralazina endovenosa. O nifedipino tem sido também utilizado, entretanto, sua associação com o sulfato de magnésio, droga de escolha no tratamento e, possivelmente, na prevenção da convulsão eclâmpsica, pode provocar queda súbita e intensa da pressão arterial. Em raras circunstâncias, o nitroprussiato de sódio pode ser utilizado se a hidralazina e o nifedipino não forem efetivos. O ácido acetilsalicílico em baixas doses tem pequeno efeito na prevenção da pré-eclâmpsia, enquanto a suplementação oral de cálcio em pacientes de alto risco e com baixa ingestão de

cálcio parece reduzir a incidência de pré-eclâmpsia (SBC; SBH; SBN, 2006). É recente o uso de aspirina em doses pequenas a partir de 28 semanas da gravidez (CORDOVIL, 2003).

Segundo o Ministério da Saúde Brasil, (2002), frente a uma urgência hipertensiva, o profissional da saúde deve ter a seguinte conduta reduzir rapidamente a pressão arterial, mas de maneira controlada para não produzir redução do débito cardíaco e conseqüente insuficiência coronária renal, cerebral e útero-placentária.

Smeltzer e Bare (2002), citando o sétimo relatório do Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC Report, 1997), informam que o paciente hipertensivo, para controlar a hipertensão e prevenir complicações deve:

- perder peso quando com excesso;
- limitar a ingesta de álcool de não mais do que 30ml de etanol (p.ex., 720ml de cerveja, 300ml de vinho ou 60ml de uísque) por dia, ou 15ml de etanol para mulheres e pessoas magras;
- aumentar a atividade física aeróbica (30 a 45 minutos na maioria dos dias da semana);
- reduzir a ingesta de sódio a não mais do que 100 mmol por dia (2,4 g de sódio ou 6g de cloreto de sódio);
- manter a ingesta adequada de potássio na dieta (aproximadamente 90 mmol por dia);
- manter a ingesta diária adequada de cálcio e magnésio na dieta para a saúde em geral;
- parar de fumar e reduzir a ingesta de lipídios saturados e colesterol na dieta para a saúde cardiovascular geral.

Para Nascimento e Aquino (2005) o enfermeiro é um dos profissionais da saúde mais adequados para trabalhar a questão da sensibilização e conscientização do paciente para a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, pela característica do seu trabalho, buscando abordar o indivíduo de forma global, abrangente e contínua. Para essas autoras? O papel do enfermeiro é ainda mais importante em cenários onde as gestantes são adolescentes e jovens, é necessitam de informações sobre a doença e orientações sobre a forma de colaborar no tratament. O sucesso do tratamento está intimamente ligado ao grau de sensibilização que a enfermagem consegue atingir, ou seja, se a gestante assimilou as informações sobre os riscos para sua saúde e a do feto (NASCIMENTO; AQUINO, 2005).

Segundo Smeltzer e Bare (2002), a enfermeira deve apoiar e ensinar o paciente a aderir ao esquema terapêutico por meio da implementação das alterações necessárias no estilo de vida, da ingestão, dos medicamentos conforme prescritos e agendando consultas regulares de acompanhamento com profissional de saúde para monitorizar o progresso ou identificar e tratar quaisquer complicações da doença ou terapia.

Vale ressaltar que, para Smeltzer e Bare (2002), a enfermeira exerce papel importante no controle da hipertensão quando encoraja a gestante a consultar um nutricionista para ajudar a desenvolver um plano para perda de peso, a fazer exercícios controlados regularmente, a evitar o fumo (a pessoa hipertensa já está em risco aumentado de cardiopatia e o fumo torna esse risco ainda maior). A enfermeira pode ainda encorajar e ensinar as pacientes a medir a pressão arterial em casa e a ter outros cuidados.

Bem orientada, a mulher pode assumir a responsabilidade de cuidar da sua saúde; conseqüentemente faz o pré-natal corretamente e sabe reconhecer as alterações que necessitam de avaliação permitirá o diagnóstico e o tratamento antes que a DHEG ocorra (ZIEGEL E CRANLEY, 1985).

É preciso estar atento àquelas mulheres que, em consulta médica e de enfermagem, se transforma numa pessoa totalmente passiva, apesar de as informações e condutas serem do seu interesse. Tal situação, geralmente, é conseqüência da falta de informação, da educação formal, do poder excessivo dos profissionais de saúde e do processo cultural de discriminação e dominação sobre as mulheres Halbe, (2000). Portanto, preciso ser percebida, para que o profissional possa fazer a intervenção adequada.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desse estudo foi possível conhecer mais sobre a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez e perceber que a enfermagem pode contribuir de modo significativo promovendo uma assistência integral e humanizada a gestante desde o pré-natal até o puerpério. Priorizando as ações que caracterizam a atenção primária a saúde – promoção da saúde e prevenção da doença – e utilizando a autonomia que tem no acompanhamento ao pré-natal, o enfermeiro pode ser uma ferramenta importante na redução da mortalidade materno-infantil.

A efetiva integração com a equipe de trabalho e com profissionais de referência, pode minimizar os aspectos negativos que são encontrados no cotidiano dos serviços, o que não impede de continuarmos a lutar por melhores condições de atendimento à gestante.

Especificamente em relação à realidade vivida pela autora deste trabalho, a percepção é de que os profissionais obstetras e enfermeiros precisam discutir e adotar condutas que minimizem a falta de um Centro de Tratamento de Pré-Natal de Alto Risco.

Ficou evidente que não basta a execução de consultas regulares, como indicado nos protocolos para o acompanhamento de pré-natal. É preciso investir em atividades de educação para a saúde, que estimulem a mudança do modo de fazer “andar a vida”, por mais difícil que seja para todos os envolvidos (profissionais e usuárias).

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Gestão de alto risco. Manual técnico.** 3ª Ed. Brasília. Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Gestão de alto risco. Manual técnico.** 3ª Ed. Brasília. Ministério da Saúde, 2004.

BURROGHS, Arlene. **Uma introdução à Enfermagem Materna.** 6 ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1995.

CARVALHO, G. M. de. **Enfermagem em Obstetrícia,** 2. ed. São Paulo: EPU, 1990, cap.2, p.19-28.

CORDOVIL, Ivan. **Hipertensão na gravidez.** 2003. Disponível em: http://www.incl.rj.saude.gov.br/incl/rev_2/hipertensao.asp; Acesso em 04 de julho de 2011.

HALBE, H. W. **Tratado de ginecologia.** 3ª edição. São Paulo: Rocca, 2000

KAHHALE, S.; ZUGAIB, M. **Síndromes Hipertensivas na Gravidez.** Tratado de Obstetrícia – Febrasgo. Rio de Janeiro: Revinter, 2001, cap. 54.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. **A mortalidade materna nas capitais brasileiras:** algumas características e estimativa de um fator de ajuste. Rev Bras Epidemiol. 2004.

NASCIMENTO, FÁTIMA; AQUINO, MÁRCIA MARIA AUXILIADORA. **Intervenção educativa na hipertensão gestacional.** Revista Nursing, v. 84, n. 8, 2005. p. 230- 233.

NEME et al. **Pré-eclâmpsia/eclâmpsia.** In: PEIXOTO, S. **Síndrome Hipertensiva - Pré – Natal.** 2. ed. São Paulo: Monole, 1981, pp. 236-249.

OLIVEIRA, Ana Cristina. **Gênero, Saúde Reprodutiva e Trabalho:** formas subjetivas de viver e resistir às condições de trabalho. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-graduação da Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Promovendo a maternidade segura através dos direitos humanos.** Rio de Janeiro: Cepia; 2003.

PEIXOTO, S. **Síndrome Hipertensiva - Pré –Natal.** 2. ed. São Paulo: Monole, 1981.

PERAÇOLI. JOSÉ CARLOS; PARPINELLI. MARY ANGELA. **Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.27 no.10 Rio de Janeiro Oct. 2005. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005001000010

REZENDE, J. (1987). **Toxemia gravídica: pré-eclâmpsia/eclâmpsia** (pp. 233-245). **Obstetrícia fundamental.** (6ª edição). Brasil: Guanabara Koogan.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. Histórico e tratamento de pacientes com hipertensão. In: _____. Brunner & Suddhart tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v3 cap.29. P.905 a 910.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo, 2006.

V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, disponível em:
http://www.nefrologiaonline.com.br/Diretrizes/V_Diretrizes_Brasileiras_de_Hipertensao_Arterial.pdf. Acesso em 05de julho de 2011.

ZIEGEL, E; CRANLEY, M. S. **Enfermagem Obstétrica.** 8. ed. Rio de Janeiro: Koogan, 1985, cap. 14, p.264-273.

ANEXO A

Procedimento de medida da pressão arterial de acordo com as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBC; SBH; SBN, 2006, p e32).

A) Preparo do paciente para a medida da pressão arterial

1. Explicar o procedimento ao paciente
2. Repouso de pelo menos 5 minutos em ambiente calmo
3. Evitar bexiga cheia
4. Não praticar exercícios físicos 60 a 90 minutos antes
5. Não ingerir bebidas alcoólicas, café ou alimentos e não fumar 30 minutos antes
6. Manter pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado
7. Remover roupas do braço no qual será colocado o manguito
8. Posicionar o braço na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido
9. Solicitar para que não fale durante a medida

B) Procedimento de medida da pressão arterial

1. Medir a circunferência do braço do paciente
2. Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço
3. Colocar o manguito sem deixar folgas acima da fossa cubital, cerca de 2 a 3 cm
4. Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial
5. Estimar o nível da pressão sistólica (palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, desinflar rapidamente e aguardar 1 minuto antes da medida)
6. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula do estetoscópio sem compressão excessiva
7. Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica
8. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 a 4 mmHg por segundo)

9. Determinar a pressão sistólica na ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é um som fraco seguido de batidas regulares, e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação
10. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff)
11. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa
12. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólica/diastólica/zero
13. Esperar 1 a 2 minutos antes de novas medidas
14. Informar os valores de pressão arterial obtidos para o paciente
15. Anotar os valores e o membro